

NEVO CONGENITO GIGANTE Y DE SU RELACION CON EL MELANOMA

Dr. Francisco Fabian Pérez Rivera *, Dra. Susana Ruiz **, Dr. José A. Porta ***

Buenos Aires

Dr. Francisco F. Pérez Rivera

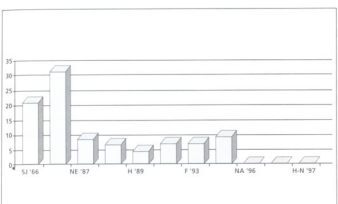


INTRODUCCION

Los nevos melanocíticos congénitos se encuentran en el 1 por ciento de los recién nacidos 1. La incidencia de los nevos congénitos gigantes (NCG) en relación al total de recién nacidos es aún mucho menor (1 cada 20000). El término gigante se reserva para aquellas lesiones mayores a 5 cm de diámetro y/o aquellas cuya resección implica recurrir al uso de injertos, grandes colgajos o la implementación previa de expansores tisulares para el cierre de la lesión secundaria⁽¹⁾ **Foto 1.**

La forma más exacta para definir a un NCG es determinar el porcentaje de superficie corporal que abarca el mismo, estableciendo lesiones névicas mayores a un 2 % para catalogarlo como tal⁽¹⁵⁾.

La incidencia de melanoma en pacientes menores a 20 años es del 2 al 3 por ciento, mientras que en los prepúberes ha sido estimada en 0,3 a 0,4 por ciento del total de melanomas⁽⁶⁾. Existen seis formas de manifestación del melanoma en pacientes prepúberes: **a)** de Novo⁽¹⁴⁾; **b)** a partir de un nevo displásico⁽¹⁶⁾; **c)** desde el nacimiento por desarrollo intraútero del mismo (muy raro)⁽²⁾; **d)** a partir de un xeroderma pigmentosum (raro)⁽¹⁴⁾; **e)** a partir de un pequeño nevo congénito (menos de un 5 por ciento de incidencia del total de casos en prepúberes)⁽¹⁷⁾ **f)** a partir de un nevo congénito gigante (NCG)(diferenciando mucho el porcentaje de relación a través del tiempo y entre las diferentes publicaciones)⁽¹⁾ **Figura 1.**



* Médico en 2° año Curso de Especialista en Cirugía Plástica UBA ** Jefe del Servicio de Cirugía Plástica Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" *** Jefe de Sección, División Anatomía Patológica Hospital de Niños ", "Ricardo Gutiérrez"

239

Rev Arg Cir Plást ■ Diciembre 1997

con el diagnóstico de NCG fue entre el mes de vida y los 15 años (Mo 1 año, Md 8 años, x 4,83 años). La edad de la primera intervención osciló entre los 7 meses y los 15 años, y en todos los casos la primera intervención fue realizada durante el año de la primera visita. Se realizaron más de una intervención en 9 pacientes (45 % de los casos), siendo un nevo gigante de cuero cabelludo que abarcaba regiones frontal, parietal y temporal derechas, el que requirió más intervenciones (7 en total) .

DESARROLLO

Las posibilidades terapéuticas de esta entidad son netamente quirúrgicas. Las diferentes técnicas a aplicar, solas o combinadas, son^(3-5,8):

- Resección y cierre por colgajos
- Resección y cierre con injerto
- Resección y cierre por colgajos previa expansión tisular
- Dermoabrasión
- Resección a navaja

Se realizaron un total de 32 intervenciones en los pacientes con diagnóstico de NCG, siendo la resección más injerto el procedimiento más utilizado (19 ocasiones). El tratamiento realizado se especifica en la **Tabla 1.**

Tratamiento realizado	N° de Pacientes
Injerto	19
Colgajo + injerto	5
Colgajo previa expansión tisular	7
Colgajo previa expansión tisular + injerto	1

Las zonas afectadas abarcaron: muslo, dorso, glúteo, ingle, periné, brazo, antebrazo, pierna, cara, tórax, sacro, cuero cabelludo y perianal. La zona más afectada fue el dorso (5 casos).

El tamaño de las lesiones fue medido en centímetros. El rango de las mismas fue desde 5 x 5 cm. hasta 20 x 12 cm.

De los casos expuestos resta al día de la fecha completar la resección de la lesión en uno y otro abandonó el tratamiento y el seguimiento para continuar realizándolo en un hospital privado.

Se ejemplifica el tratamiento realizado en las **Fotos 2 y 3.**

Se presentaron complicaciones en 9 ocasiones (28% de

- ° Skov-Jensen 1966
- ° Trozak 1975
- ° Nelson 1987
- ° Sabiston 1988
- ° Hori 1989
- ° Marvin 1992
- ° Fitzpatrick 1993
- ° Bett 1994
- ° Nassan 1996
- ° Zhu 1997
- ° Hospital de Niños 1997

Realizamos un estudio retrospectivo para comparar la incidencia de melanoma en los pacientes portadores de NCG de nuestra serie, con la referida en las diferentes publicaciones citadas, así como también el tratamiento preventivo en la aparición de la enfermedad.

MATERIAL Y METODO

En el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de la Capital Federal se ha intervenido en el lapso 1986 -1996 un total de 231 pacientes pediátricos con lesiones névicas.

Para la obtención de datos acerca de diagnóstico preoperatorio, edad y sexo se recurrió a los libros de internación y de cirugía del Servicio de Cirugía Plástica. En la obtención de los resultados histopatológicos se utilizaron los libros del Servicio de Anatomía Patológica. En la recopilación de datos pertinentes a los pacientes con NCG se utilizaron las Historias Clínicas de los Archivos Generales del hospital.

Entre los pacientes intervenidos con el diagnóstico de lesiones névicas hallamos una prevalencia de mujeres (87 varones, 144 mujeres). Las edades del total oscilaban entre los 3 meses y los 18 años (Mo 7 años, Md 9 años, x 6,87 años).

Del total de 231 pacientes, 20 (8.65 %) tuvieron diagnóstico preoperatorio de NCG. La distribución por sexo fue de 13 varones y 7 mujeres. La edad de la primera consulta al Servicio de Cirugía Plástica de los pacientes intervenidos

las intervenciones), siendo la cicatriz hipertrófica y la necrosis distal del colgajo las más frecuentes.

Las complicaciones quirúrgicas presentadas se especifican en la **Tabla 2.**

Complicaciones presentadas	N° de casos
Cicatriz queloidica	1
Cicatriz hipertrófica	2
Pérdida parcial del injerto	1
Necrosis distal del colgajo expandido	2
Infección de la zona dadora	1
Extrusión durante la expansión	1
Extrusión del expansor	1

RESULTADOS

No se halló relación entre nevo congénito gigante y melanoma en esta casuística. Los resultados de anatomía patológica de la serie fueron:

- Nevo celular compuesto (unión dermoepidérmica y dermis) 12 casos
- Nevo celular intradérmico 5 casos
- Nevo celular compuesto e intradérmico 1 caso
- Nevo melanocítico 1 caso
- Nevo pigmentario piloso 1 caso

Uno de estos pacientes con NCG de dorso fue intervenido a los pocos meses de vida en el Hospital Ramos Mejía realizándosele resección parcial de la lesión con diagnóstico postoperatorio de melanoma. Fue reintervenido en 1988 al año de edad en el Hospital de Niños, con diagnóstico posterior de nevo melanocítico congénito y realizando su último control el 8/9/96 gozando de buena salud.

Las características del principal hallazgo histopatológico se evidencian en la **Foto 4:**

CONCLUSIONES

La relación entre NCG y el melanoma ha variado notablemente a través del tiempo (ver **figura 1**). La relación encontrada en nuestro estudio retrospectivo coincide con la hallada en las últimas publicaciones⁽⁸⁾.

Las posibles causas que encontramos para tal variación son dos:

- a)** En la actualidad sigue siendo difícil diferenciar histológicamente un nevo displásico de un melanoma⁽¹⁾, pudiendo llevar al sobrediagnóstico de éste último en las publicaciones de la década del 60 y del 70.



240

Vol. 3 N° 4 ■ Nevo congénito gigante y de su relación con el melanoma.

b) El trabajo de Nassan y colaboradores⁽⁸⁾ partía de niños y adolescentes que ya tenían el diagnóstico de melanoma encontrando que ninguno de ellos estaba asociado a NCG, no realizando el seguimiento en el tiempo de los pacientes con éste último diagnóstico.

En forma similar la población de nuestro hospital es exclusivamente pediátrica y adolescente, perdiendo el seguimiento de la misma una vez sobrepasada estas etapas.

c) La poca clara definición de NCG, que da la posibilidad de valorar las lesiones névicas compatibles con esta entidad según diámetro, superficie, procedimiento quirúrgico o la combinación de alguna de ellas.

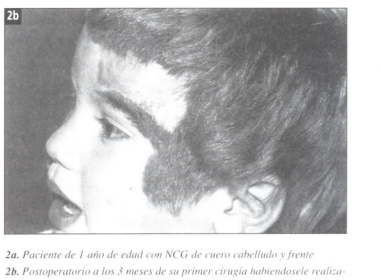
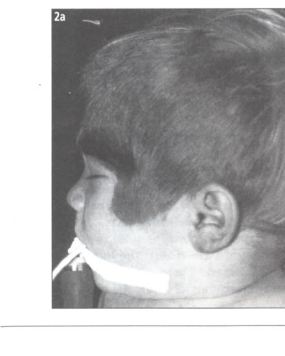
El reconocimiento temprano de un melanoma brinda la oportunidad de un tratamiento quirúrgico precoz con un alto porcentaje de curaciones a 10 años (> 99 % en melanomas de espesor menor a 0,75 mm ; < 50 % en aquellos de 3 o más mm de espesor) 7. Por lo tanto somos partidarios de la resección precoz del NCG y de realizarlo en etapas que no se prolonguen mucho en el tiempo en aquellos

casos de gran magnitud.

De las técnicas quirúrgicas expuestas recomendamos las tres primeras (resección más cierre con injerto, con colgajos o con la utilización previa de expansores), donde se realiza una resección de la lesión en todo su espesor hasta celular subcutáneo, mientras que con las dos últimas (dermoabrasión y resección a navaja), se corre el peligro de dejar células névicas en la profundidad alrededor de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.

El compromiso de la cabeza y el cuello por NCG puede asociarse con melanocitosis leptomenígea, razón por la cual recomendamos comenzar las resecciones parciales o totales cuanto antes, evitando prolongar el tiempo en la finalización de las mismas.

Existen opiniones divergentes sobre el riesgo de melanoma asociado con nevos congénitos pequeños. Las últimas publicaciones nos hablan de una mayor relación⁽⁸⁾, de no mediar secuelas estéticas importantes, también somos partidarios de la resección precoz.



2a. Paciente de 1 año de edad con NCG de cuero cabelludo y frente
2b. Postoperatorio a los 3 meses de su primer cirugía habiéndosele realizado resección más injerto; posteriormente se le realizaron 8 intervenciones combinadas más para la resección total de la lesión.

241

Rev Arg Cir Plást ■ Diciembre 1997



3a. Paciente de 15 años con NCG de 5 x 8 cm. en mama izquierda **3b.** Postoperatorio a los 45 días luego de resección y cierre por colgajos previa expansión tisular.



Preparado histopatológico con tinción de un Nevo Celular Compuesto en donde se observa población névica en forma de nidos alrededor de folículos pilosos y diseminada en dermis papilar y reticular; hay hiperqueratosis de la epidermis y ausencia de atipias.

RESUMEN

En el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", durante el período 1986-1996, fueron operados 231 pacientes con el diagnóstico preoperatorio de lesiones névicas. Dentro de éstos, un total de 20 tuvieron diagnóstico preoperatorio de nevo congénito gigante (NCG). Se realizaron un total de 32 intervenciones. El 45% de los pacientes (9 casos) recibieron más de una intervención. El procedimiento mediante resección más injerto fue el más utilizado (19 ocasiones). La zona más afectada fue el dorso (5 casos). Hubo complicaciones en el 28% de las intervenciones (9 en

SUMMARY

Between 1986 and 1996, 231 patients with nevus injuries pre-operative diagnosis were operated in "Ricardo Gutiérrez Children Hospital". Within this group, 20 people got giant congenital naevus (GCN), 32 interventions were carried out. 45% of the patients (9 cases) underwent more than one intervention.

The most used procedure was the one through resection with grafts (19 times). The most affected zone was the back (5 cases). There were complications in the 28% of the interventions (9 in all); the hypertrophied scar



242

Vol. 3 N° 4 ■ Nevo congénito gigante y de su relación con el melanoma.

total), siendo la cicatriz hipertrófica y la necrosis distal del colgajo las más frecuentes. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue el nevo celular compuesto (12 casos), no encontrando en ninguno diagnóstico histopatológico de melanoma. Nuestros resultados coinciden con la relación hallada en las últimas publicaciones entre NCG y melanoma. Aun así, recomendamos la resección precoz del NCG y no prolongar en el tiempo las etapas de resección en los casos de gran magnitud.

and distal flap necrosis were the most frequent ones. The most common histopathologic diagnosis was the compound cellular naevi (12 cases); melanoma histopathologic diagnosis was not found in any of the 12 cases. Our results coincide with the relationship between GCN and melanoma found in the last publications. Despite this observation, we recommend GCN early resection and time reduction in resection stages in serious cases.

■ **Dr. Fabian Pérez Rivera**

Cabildo 227 1° "C" (1026)

Buenos Aires - Capital Federal

Tel: (54-1) 771-7931

Fax: (541) 826-0125/827-0787

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzpatrick T. Dermatología en Medicina General. Ed. Panamericana. 1993
2. Neil S y col. Congenital Malignant Melanoma. Pediatrics. 1987; 79:6.
3. Kaplan E, Nickoloff B. Clinical and Histologic Features of Nevi. Clinics in Plastic Surgery. 1987; 14:2.
4. Nassan A y col. Cutaneous Malignant Melanoma in Children and Adolescents in Scotland, 1979-1991. Plastic and Reconstructive Surgery. 1996; 98:3.
5. Johnson HA. Permanent Removal of Pigmentation from Giant Hairy Nevi by Dermoabrasion in Early Life. Plast Reconstr Surg. 1977; 30: 321.
6. Kaplan EM. The Risk of Malignancy in Large Congenital Nevi. Plas and Reconstr Surg. 1976; 58: 48.
7. Woscoff A y col. Orientación en Dermatología en Medicina Interna. Ed. López. 1995.

8. Skov-Jensen T y col. Malignant Melanoma in Children. Cancer. 1966; 19: 620.
9. Trozak D y col. Metastatic Malignant Melanoma in Prepubertal Children. Pediatrics. 1975; 55: 191.
10. Nelson W y col. Tratado de Pediatría. Ed. Interamericana. 1987.
11. Sabiston D. Tratado de Patología Quirúrgica. Ed. Interamericana. 1988.
12. Hori Y y col. Giant Congenital Nevus and Malignant Melanoma. J Invest Dermatol. 1989; 92: 310-314.
13. Bett B. Congenital Giant Pigmented Nevi. Dermatol Nurs. 1994; 6: 55.
14. Zhu N. y col. Cutaneous Malignant Melanoma in the Young. British J of Plast Surg. 1997; 50: 10-14.
15. Madaree A. y col. Giant Congenital Naevus of the Scalp and Cranium: Case Report and Review of the Literature. British J of Plast Surg. 1997; 50: 20-25.
16. Marvin S. Precursors of Malignant Melanoma: Congenital Melanocytic Nevus and Dysplastic Nevus. Plast Surg. 1992; 1.

243